

## Trabajo Fin de Grado

Sistematización de una Intervención Social en Salud  
Mental desde el Tercer Sector

*Systematization of a Social Intervention in Mental Health  
from the Third Sector*

Autora

Ana Alcober Mena

Director

Jaime Minguijón Pablo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo  
2021

## RESUMEN

En los últimos años se ha producido un incremento del número de personas con enfermedad mental, como consecuencia de ello, se han visto aumentadas las necesidades de atención y cuidado hacia estas personas afectadas. El profesional del Trabajo Social proporciona una atención integral, tanto a las personas usuarias como a sus familiares, realizando una intervención social y siendo esta llevada a cabo desde las entidades del Tercer Sector, no sólo por la confianza que la población deposita en ellas sino por sus características propias.

El presente Trabajo de Fin de Grado pretende sistematizar en profundidad una entidad determinada para comprender y en consecuencia, mejorar nuestra propia práctica de una intervención social en Salud Mental desde el Tercer Sector. Para la elaboración del mismo se ha realizado inicialmente un recorrido teórico entre el Trabajo Social, Tercer Sector y Salud Mental para posteriormente analizar una intervención social determinada de la entidad "2.a vía Acompañamiento Terapéutico".

**Palabras clave:** Trabajo Social, Tercer Sector, Salud Mental, Enfermedad Mental, Intervención Social.

## ABSTRACT

*In recent years, there has been an increase in the number of people who suffer mental illnesses. Therefore, there has been an increase of demand in the need for care services in those people. Social care workers provide those services to the patients and their families. This is achieved by doing a social intervention through private entities due to the trust and reputation among the people has, but also due to their characteristics.*

*The following dissertation aims to deeply analyse and systematize one of those private entities practices in the area of social intervention, with the aim of understand this process and improve practices across the industry. In order to achieve this, firstly the theoretical framework in relation to social work, private entities and mental health has been analyzed. Secondly, an analysis of a social intervention of "2.a vía Acompañamiento Terapéutico".*

**Key words:** Social Work, Third Sector, Mental Health, Mental Illness, Social intervention.

## ÍNDICE

	pág.
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
1.1. Justificación.....	4
1.2. Objetivos.....	5
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
2.1. Trabajo social, tercer sector y salud mental y enfermedad mental .....	6
2.2. La salud mental en trabajo social a lo largo de la historia .....	10
2.3. La importancia de la sociedad y la familia en salud mental .....	12
2.4. El papel del/la trabajador/a social en salud mental .....	14
<b>3. ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL “2.A VÍA ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO” .....</b>	<b>19</b>
3.1. Descripción de la entidad .....	19
3.2. Ámbitos de actuación .....	19
3.3. Áreas y servicios de intervención .....	20
3.4. Funciones que desarrolla el/la profesional en salud mental .....	21
<b>4. INTERVENCIÓN: PROGRAMA DE PISOS SUPERVISADOS .....</b>	<b>22</b>
4.1. Descripción y finalidad de la intervención .....	22
4.2. Personas usuarias de la intervención .....	22
4.3. Objetivos y metodología de la intervención .....	23
4.4. Recursos utilizados en la intervención .....	28
4.5. Propuestas de mejora .....	29
<b>5. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>30</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>32</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. JUSTIFICACIÓN**

La salud mental es un tema que siempre me ha interesado por dos principales motivos: en primer lugar, creo que existe una gran cantidad de prejuicios, discriminación y estigmas sociales en torno a las personas que padecen alguna enfermedad mental. La sociedad les juzga sin profundizar en estas personas ya que no existe una visibilización social de estos colectivos ni de esta problemática que afecta a una de cada cinco personas en nuestra sociedad. Por todo esto, se considera que estas personas con enfermedad mental están en riesgo de exclusión social.

En segundo lugar, al iniciar las prácticas universitarias en septiembre de 2020 me sorprendió el alto número de usuarios/as que padecían estas enfermedades. Muchas de estas personas no aceptaban que tenían una enfermedad mental o que sus hijos podían padecer una porque lo veían como algo que solo le pasaba a muy poca gente (y por lo tanto con ellos no iba el tema) o incluso lo catalogaban como “gente loca”. Todo esto me hizo recapacitar aún más sobre el tema de la salud mental y llegué a la conclusión de que los medios de comunicación repercuten en gran medida en la actitud de la gente hacia la salud mental. Ayudan a incrementar prejuicios en la opinión pública, a través de titulares y noticias y magnificando los pocos casos en los que un ciudadano ha sido agredido por una persona con problemas de salud mental. Las personas que viven con estas enfermedades plantean que la discriminación que sufren suele ser peor que la propia dificultad de las misma, tienen que convivir con una doble enfermedad, la suya y la que la sociedad crea.

Al buscar y ver que es un tema lamentablemente poco visibilizado y lleno de prejuicios y estigma social, consideré que realizar el Trabajo de Fin de Grado sobre este tema sería interesante.

#### **- Interés social (relevancia teórica y práctica de la investigación)**

En las últimas décadas, debido en parte a las condiciones sociales y económicas actuales, las enfermedades mentales se han incrementado en todo el mundo, lo que ha tenido un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, y esto ha tenido un impacto especial en los factores psicosociales. Paralelamente al aumento de estas enfermedades mentales, se está produciendo en las últimas décadas una expansión de las organizaciones sin ánimo de lucro en ámbitos muy variados, como es el ejemplo de la salud mental, siendo estas importantes tanto para la atención a las necesidades de las personas que padecen enfermedad mental como para una reivindicación activa y de lucha en los derechos de estas personas y sus familiares.

El interés de este estudio recae en determinar si sería oportuno mejorar la atención de este colectivo por parte de estas entidades.

## 1.2. OBJETIVOS

En este apartado se van a explicar los objetivos que se persiguen cubrir con este Trabajo Fin de Grado diferenciando: el objetivo general y los objetivos específicos que serán explicados con posterioridad.

### Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es sistematizar una intervención social con las personas con enfermedad mental, por parte de una entidad del tercer sector, en concreto **“2a vía Acompañamiento Terapéutico Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social”**.

### Objetivos específicos

- Conocer los rasgos generales y las manifestaciones de la enfermedad mental en su interacción con la sociedad y la familia.
- Explicar la interacción del trabajo social en la salud mental.
- Conocer el rol de trabajo social en salud mental (delimitar las funciones del trabajador social).
- Analizar en profundidad una intervención concreta de la entidad “2a vía Acompañamiento Terapéutico Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social”.
- Realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de la intervención “Pisos supervisados para personas en riesgo de exclusión”.
- Presentar propuestas de mejora respecto de la intervención descrita.

## 2. MARCO TEÓRICO

Antes de comenzar a profundizar en los diferentes contenidos, es importante explicar algunos conceptos clave que nos van a acompañar a lo largo del trabajo, por lo que la pretensión de este capítulo consiste en delimitar y aclarar en primer lugar qué entendemos por trabajo social, tercer sector y salud mental.

A continuación, se realizará un breve recorrido sobre el desarrollo del trabajo social en salud mental a lo largo de la historia.

Seguidamente, se hablará de la importancia de la sociedad y la familia en las personas con enfermedades mentales.

Y por último de este capítulo, se desarrollará el rol que muestra el/la trabajador/a social en el ámbito de la salud mental, así como las diferentes funciones que desempeña.

### 2.1. TRABAJO SOCIAL, TERCER SECTOR, SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL

#### -Trabajo social

En el Código Deontológico de Trabajo Social de 2012, en el artículo 5, define el trabajo social como *“una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas”*.

El trabajo social es una actividad profesional que tiene por objetivo perseguir la mejora de las personas, grupos y comunidades. En consecuencia, el trabajo social pretende la transformación social con unos compromisos de mejora. Precisamente por esto, centramos este trabajo en base a estos compromisos y criterios de actuación profesional (metodologías, técnicas, etc.) aplicadas a la intervención con personas con enfermedad mental.

#### -Tercer sector

Actualmente no es fácil hacer una definición sobre el tercer sector y a menudo se utilizan diferentes aceptaciones para referirnos a este ámbito, según las fuentes consultadas podemos encontrar las siguientes denominaciones: Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Entidades No Lucrativas (ENL), Asociaciones de Voluntariado, etc. pero todas se refieren al tercer sector. En este ámbito estarían todas aquellas actividades que no son ni de Mercado ni del Estado, lo conformarían por tanto las entidades sin ánimo de lucro y no gubernamentales.

Pero esta definición, la cual es bastante general, puede ser desarrollada de forma más operativa siguiendo el estudio comparativo internacional liderado por el equipo de la Universidad *“Johns Hopkins”* de Baltimore. Esta definición se fundamenta en cinco criterios clave que determinan los rasgos básicos que debe tener una institución cualquiera para poder ser entendida como parte del tercer sector:

1. Estar organizada formalmente, lo que incluye una realidad institucionalizada, con estructuración interna, estabilidad relativa de objetivos formales y una clara distinción entre socios y no socios. Este estándar excluye las manifestaciones informales de solidaridad, colaboración y ayuda mutua de nuestro alcance de investigación.

2. Ser de ámbito privado, esto es, separada institucionalmente de las administraciones. Este criterio contiene que la organización no debe formar parte del sector público, ni excluye que pueda haber funcionarios públicos en sus órganos de gobierno.
3. Ausencia de ánimo de lucro. Estas organizaciones no deben, por tanto, distribuir beneficios entre los propietarios, administradores o directivos. Esto implica que su propósito principal no es general ganancias ni beneficios, ni está impulsado primariamente por estándares comerciales. Las organizaciones del tercer sector pueden obtener beneficios, pero deben reinvertirse de acuerdo con la misión corporativa de la organización.
4. Disfrutar de la capacidad de autocontrol institucional de sus propias actividades. Este criterio implica que las organizaciones deben tener sus propios mecanismos de autogobierno y han de gozar de un grado significativo de autonomía.
5. Con un marcado grado de participación voluntaria, lo que significa que, por un lado, la participación o no de sus miembros ha de depender de la libre voluntad de los mismos y no de imposiciones externas, y, por otro lado, hay un cierto grado de participación voluntaria (es decir, de personas que aportan tiempo no remunerado y de forma gratuita) en sus actividades.

A pesar de la escasa información que proporciona el Registro Nacional de Asociaciones en España, que no lo hace apto para un análisis profundo del tercer sector, éste sigue teniendo virtualidad a efectos comparativos puesto que facilita el número de entidades en todas las Comunidades Autónomas. Esta fuente proporciona un número de 8.318 entidades inscritas en Aragón (Oliván y Ruiz, 2003: 23).

Tabla 1. Entidades asociadas en activo inscritas en el Registro Nacional de Asociaciones

<b>ENTIDADES ASOCIATIVAS EN ACTIVO INSCRITAS EN EL REGISTRO NACIONAL DE ASOCIACIONES. AÑO 2000</b>			
<b>CCAA</b>	<b>Nº entidades</b>	<b>% entidades</b>	<b>Densidad asociativa por 1.000 hab</b>
Total España	230.470	100%	5,6
Castilla y León	19.651	8,5%	7,9
Navarra (Comunidad Foral de)	4.161	1,8%	7,5
Rioja (La)	1.941	0,8%	7,2
Castilla-La Mancha	12.393	5,4%	7,1
Aragón	8.318	3,6%	6,9
Asturias (Principado de)	6.681	2,9%	6,2
País Vasco	12.669	5,5%	6,0
Galicia	16.303	7,1%	6,0
Murcia (Región de)	6.832	3,0%	5,7
Extremadura	6.130	2,7%	5,7
Cantabria	3.027	1,3%	5,6
Comunidad Valenciana	22.680	9,8%	5,4
Cataluña	34.328	14,9%	5,4
Andalucía	37.929	16,5%	5,1
Canarias	9.011	3,9%	5,1
Baleares (Islas)	4.328	1,9%	4,9
Madrid (Comunidad de)	23.475	10,2%	4,4

*Fuente: El Tercer Sector en Aragón con datos del anuario estadístico 2000 del Ministerio del Interior.*

Actualmente, las entidades de tercer sector dedicadas a temas de salud mental en Aragón son de

Tabla 2. Entidades del tercer sector que se dedican a la salud mental en Aragón

<b>ENTIDADES DEL TERCER SECTOR QUE SE DEDICAN A LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN</b>	
2.a Vía Acompañamiento Terapéutico Sociedad Cooperativa	C/ La Milagrosa nº7, local 12 50009 Zaragoza
Fundación Adunare	C/ Barrioverde nº8 50002 Zaragoza
Asapme Bajo Aragón	Avenida Aragón nº43, entresuelo B 44600 Alcañiz (Teruel)
Asapme Huesca	C/ Ramón J. Sender nº9, bloque 4, bajos posteriores 22002 Huesca
Asapme Teruel	C/ Ciudad Escolar, s/n Pabellón Asapme Teruel 44003 Teruel
Asapme Zaragoza	C/ Ciudadela s/n Parque Delicias 50017 Zaragoza
Asociación Guayente	C/ Afueras, s/n 22467 Sesué (Huesca)
Caritas Diocesana de Zaragoza-CRPS San Carlos	Paseo Echegaray y Caballero nº100 50001 Zaragoza
Ejea Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social	Carretera de Sos s/n 50670 Sádaba (Zaragoza)
Fundación Agustín Serrate	Plaza San Antonio nº9, 1º dcha 22002 Huesca
Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza	C/ Manuela Sancho nº3-9 50002 Zaragoza
Fundación La Caridad	C/ Moret nº4 50001 Zaragoza
Fundación Ramón Rey Ardid	C/ Guillén de Castro nº2 50018 Zaragoza
Hermanas de la Cruz Blanca	C/ Calatayud nº24 22005 Huesca
Hermanas Hospitalarias Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen	Camino del Abejar, s/n 50190 Garrapinillos
Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria Sociedad Cooperativa	C/ Lozano Monzón nº1 50008 Zaragoza

*Fuente: Elaboración propia con los datos de Fórum de entidades aragonesas de Salud Mental*

## **-Salud mental**

Con el paso de los años se ha ido formado una definición de salud mental que explique de la forma más completa posible en qué consiste. A continuación, voy a presentar tres definiciones que se contemplaron en periodos diferentes, y aunque parezcan muy similares, se puede ver una clara evolución entre ellas.



En el Congreso Internacional de salud mental de 1948, como explica Bertolote (2008), se consideraba salud mental como *“una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con otros individuos”*.

La OMS, propuso en 2001 que salud mental hacía referencia a *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, pueden afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2001).

En el Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020, se define salud mental como *“un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”* (OMS, 2013).

De acuerdo con estas definiciones, los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

También, ha sido definido como *“estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.” “Salud Mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos (...) es materia de interés para todos, y no solo para aquellos afectados por un trastorno mental”* (OMS, 2004).

#### **-Enfermedad mental**

Según la OMS, la enfermedad mental es *“una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento , en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc.”* (OMS, 2001).

Tabla 3. Clasificación de las enfermedades mentales

<b>CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES</b>	
<b>Psicosis</b> (Enfermedades psíquicas)	Traumáticas, infecciosas, tumorales, vasculares, parasitarias, tóxicas y de otras causas físicas. Esquizofrenia: psicosis, maniaco-depresiva, etc.
<b>Neurosis</b> (modos de reacción psíquica anormal)	Neurosis de ansiedad, histérica, fóbica, obsesiva, neurasténica e hipocondríaca.
<b>Psicopatías</b> (anomalías del carácter)	Gran variedad de tipos de personalidades anormales que tienen en común una marcada inadaptación social.
<b>Oligofrenias</b> (nivel de inteligencia)	Oligofrenia profunda (EM: cero- dos años) Oligofrenia media (EM: dos-seis años) Debilidad mental (EM: inferior a once años)

Fuente: Elaboración propia con datos de Ricardo Zapata García y Carmen Gómez Lavín.

## 2.2. LA SALUD MENTAL EN TRABAJO SOCIAL A LO LARGO DE LA HISTORIA

Si analizamos el desarrollo del trabajo social en salud mental, este ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del trabajo social (Fernández, 1997: 83). A principios del siglo XX en Estados Unidos se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. A iniciativa de Adolph Meyer, los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904, este autor consideraba que era necesaria para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales.

De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales, y en consecuencia, el papel del trabajo social se va reconociendo e incorporando poco a poco como parte de los equipos de salud mental.

Esta influencia, que llega a España importada de Estados Unidos, viene acompañada de la idea del equipo psiquiátrico y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales.

La evolución del trabajo social en salud mental ha estado influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica. La década de los setenta se caracterizó por la precariedad de recursos sociales en todo el país, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia y asistencia social, en manos de Ayuntamientos, Diputaciones, patronatos, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas. La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la Seguridad Social y la escasa asistencia dependía de los servicios sanitarios de las Diputaciones Provinciales. En conclusión, el sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial (Garcés, 2015: 84).

La figura del “asistente social” era muy ambigua en un principio, pero progresivamente se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica.

En la década de los ochenta se aprueba la Ley General de Sanidad en 1986 en la cual se estableció la integración de la asistencia psiquiátrica al sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

Es en este momento cuando los objetivos del trabajo social en salud mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social.

En la década de los noventa, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, aislamiento social, desempleo, etc.). Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los/las trabajadores/as sociales, de forma que no es solo necesario atender su problemática psiquiátrica, sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad (Garcés, 2015: 85).

Actualmente, la atención sanitaria en los problemas de salud mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos en territorios determinados (Centros de Salud Mental, Unidades de

Salud Mental Infanto-Juvenil, unidades de rehabilitación, etc.), habiendo tenido estos servicios una implantación distinta según los diferentes planes de salud mental que han ido desarrollando las comunidades autónomas.

A nivel normativo, en 2006 se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud mediante el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre donde se especifican de forma más amplia las prestaciones, definiendo la cartera de servicios comunes de salud mental dentro de la atención especializada de forma de diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y la hospitalización.

La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencias, donde se incluyen:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo en tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas con el paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Tras esta definición de la cartera de servicios, las comunidades autónomas podrán aprobar sus respectivas carteras de servicio, que incluirán, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todas las personas usuarias del mismo.

Es en ese mismo año cuando la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones familiares, impulsa la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Mental promocionada por la Oficina Regional Europea y suscrita por España en 2005, donde se consideraba la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Esta declaración exige a los sistemas sanitarios a revisar las estrategias en salud mental que incorporen la promoción y la prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

Desde este marco de referencia, la Estrategia acoge un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como la adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen trastornos y constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de salud mental. A partir de la aprobación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Mental, se ha seguido con un trabajo conjunto entre las sociedades científicas, las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, intentando aunar esfuerzos dirigidos a la mejora de la atención en salud mental y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional (Garcés, 2015: 86).

### 2.3. LA IMPORTANCIA DE LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA EN SALUD MENTAL

El ser humano está en continua interacción con el ambiente. En él influye de una forma u otra todo lo que le rodea, donde destaca principalmente la familia y la sociedad. Pues bien, este sistema sociofamiliar en el que se desarrollan las personas, no son ordinariamente causas determinantes de la enfermedad mental, pero si se perturban o alteran estas relaciones interpersonales, puede producir un desequilibrio psíquico susceptible de generar un trastorno mental. Pero también, el medio sociofamiliar constituye la más importante fuente de recursos con que la sanidad cuenta para solucionar los problemas y mejorar los trastornos, ya que posibilita la intervención en las relaciones familiares y en las variables sociales que condicionan la enfermedad y las alteraciones del paciente (Gómez y Zapata, 2000: 33).

Nótese pues, que en estos tiempos en los que tanto priman los factores biológicos y el determinismo genético, la OMS reconoce la importancia de los factores sociales y culturales en la etiología de las enfermedades mentales. *“En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surgen de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones”* (OMS, 2001).

Entre salud mental y medio sociofamiliar se halla, en consecuencia, un cierto sistema de causalidad circular. Esto es, el medio sociofamiliar puede transformar una situación, tanto física como psicológica, de una persona y generar en él una enfermedad que a su vez, afectará y transformará dicho medio. Pero también es cierto, que el ámbito sociofamiliar, por la capacidad de apoyo que posee, es un significativo promotor de la salud, tanto física como psicológica, y un factor estrechamente relacionado con la recuperación de la enfermedad. En este sentido, se ha comprobado que la falta de apoyo social se relaciona con la mala salud (Becerra y Kennel, 2014: 47)

En el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas se recuerda también que la salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida).

El apoyo social supone pues, un proceso dificultoso que implica una interacción entre estructuras sociales y cualidades personales. El apoyo mutuo proporcionado por los miembros de la familia y sus relaciones familiares, juega un papel único. De hecho, la mayoría de las redes sociales de las personas está constituida por miembros de la familia y muchos de los sentimientos de las personas en cualquier

estructura social, tienen que ver con su interacción con miembros de la familia. Por todo esto y lo que conlleva, actualmente los investigadores le dan importancia y estudian los procesos de apoyo social que afectan a la salud de los sujetos dentro de la familia y tratan de encontrar el tipo más eficaz de apoyo en el contexto de las relaciones familiares (Becerra y Kennel, 2014: 47-49).

Cuando un paciente acude a la consulta con una enfermedad mental, con frecuencia, el profesional que lo atiende valora, de forma casi automática, si existen problemas en el funcionamiento social y familiar. Esto se debe a que la evaluación de la gravedad del problema o incluso el hecho de decidir si es necesario remitir al paciente a un servicio especializado suele depender de la existencia o no de este tipo de problemas (Gómez y Zapata, 2000: 35).

El Trabajador Social psiquiátrico contribuye a situar bajo tratamiento, siguiendo los conceptos de prevención primaria, también a aquel que queremos que no enferme dentro de un marco social y familiar, y que ayude a los demás miembros del equipo a llevar a cabo en forma más efectiva sus funciones de diagnóstico, prevención y tratamiento (Becerra y Kennel, 2014: 59, 60).

Los factores sociales tienen sin duda un importante papel en el desarrollo de las enfermedades mentales. Esto es lógico ya que tanto la vida psíquica normal como la psicopatológica solo son concebibles dentro del medio que les engloba y que contribuye a darles forma y estructura. La realidad psíquica del hombre se manifiesta a través del grupo humano y es imposible estudiarla sin tener en cuenta este contorno que le es consustancial.

En términos generales, el trabajo social, tiene como objetivo estudiar al individuo y al medio con el que se relaciona. Este concepto, trasladado al campo de la salud mental, define la intervención con las personas que tienen problemas de salud mental y con sus familias para potenciar sus capacidades y utilizar los recursos sociales necesarios con el fin de mantener el nivel más alto de calidad de vida.

Se considera que al tratar el sufrimiento psíquico se deben tener especialmente en cuenta los factores sociales, ya que, según cómo viva el paciente lo externo y objetivable, pueden ser causas en muchas ocasiones, del origen o la consecuencia del mismo sufrimiento. De esta forma, es totalmente necesario que el trabajador social tenga un profundo conocimiento del sujeto y su entorno para poder llevar a cabo un diagnóstico social y disponer de los elementos suficientes para diseñar la intervención más adecuada; articulando los recursos necesarios con la finalidad de dar respuestas a las necesidades sociales destacadas.

Por este motivo, la psiquiatría social utiliza los conocimientos de las ciencias sociales para estudiar las enfermedades mentales, prevenirlas y tratarlas mediante la correcta integración del individuo en su ambiente social. El descubrimiento de estas causas sociales de los trastornos mentales contribuye a un desarrollo más racional de los métodos de prevención y rehabilitación.

El trabajador social deberá promover, fortalecer y rescatar los aspectos más sanos de los pacientes y de su medio familiar y microsocial, para que la relación individuo-familia-medio sea lo más independiente y satisfactoria posible. Para que esto se lleve a cabo, hay que trabajar de manera articulada con los diferentes profesionales que forman parte de los equipos asistenciales de los diversos dispositivos en salud

mental; aportando cada uno de ellos su saber específico y buscando entre todos mejorar la calidad de vida no sólo de la persona enferma sino también de su familia.

Por todo ello se pone en manifiesto la gran importancia que conlleva que se reconozca y se valore la influencia de la familia y del medio social en los problemas del paciente y el que se establezca la adecuada colaboración entre todos los recursos sanitarios y sociales de la comunidad (Gómez y Zapata, 2000: 36).

## **2.4. EL PAPEL DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL EN SALUD MENTAL**

El siguiente capítulo tiene como objetivo explicar el rol que cumplen los profesionales del trabajo social en el ámbito de la salud mental. Para ello, primeramente describiré la relación terapéutica que han de establecer los profesionales con los pacientes; hablaré de la importancia del equipo multidisciplinar e interdisciplinar; las funciones básicas que tiene que seguir un trabajador/a social y finalmente aludiré a los diferentes tipos de intervención social que llevan a cabo dependiendo del colectivo de pacientes con el que trabajen.

La relación terapéutica es aquella que establece cada profesional del equipo terapéutico con el paciente y su familia para facilitar cambios en el paciente que le permitan alcanzar otros patrones de conducta más adecuados para mejorar su autonomía personal y su adaptación al medio. Además, la relación terapéutica también consiste en establecer una relación humanamente sana para aprender recíprocamente, que el paciente tome conciencia más realista de sí mismo y de sus problemas y proporcionarle formas más flexibles de comportamiento (Goldaracena, 2018: 96).

En este sentido, Goldaracena (2018), incide en que la relación terapéutica tiene que ver con algunos factores como el ambiente estable, la aceptación mutua, la seguridad, la comodidad, una mayor intimidad, etc. En todo momento se debe establecer una relación emocional de confianza, un ambiente terapéutico óptimo y una racionalidad para alcanzar la autoaceptación, la autorrealización y el respeto de sí mismo. También es importante promover la capacidad para establecer relaciones sociales sanas, incrementar el rendimiento personal, la capacidad para conseguir unos objetivos realistas y el esfuerzo de la identidad personal y de la integración social.

Goldaracena (2018) señala algunas de las cualidades más importantes que debe establecer el terapeuta para poder lograr una relación terapéutica óptima, entre ellas se encuentran: *“el autocontrol, ser consciente de los propios valores, ser capaz de conocer y reconocer las propias reacciones y sentimientos frente a la conducta del paciente (introspección-cuestionamiento) y poseer sentido de la ética y de la responsabilidad.”*

Toda relación terapéutica entre profesional y paciente tiene tres fases: fase introductoria, fase intermedia y fase de resolución. (Goldaracena, 2018: 97):

En la *fase de introducción* es importante establecer una relación de confianza, de aceptación, así como una comunicación clara.

En la *fase intermedia* se utilizan diversas técnicas de comunicación terapéuticas como la escucha, la paráfrasis, la clarificación, las frases de repetición, la confrontación, las propuestas abiertas, el silencio y la simulación.

Y por último, la *fase de resolución* se ayuda al paciente a preparar su futuro a través de la revisión de todo lo aprendido, aplicándolo a otras relaciones próximas.

Debido a que las necesidades asistenciales son muy variadas, y al mismo tiempo también son específicas, es necesario en el ámbito de la salud mental un equipo multidisciplinar e interdisciplinar para poder realizar una prestación asistencial lo más eficiente posible. La finalidad de este equipo es crear un ambiente terapéutico que facilite la progresión psicológica del paciente hacia la rehabilitación y la integración social.

El trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...), procurando la integración de las diferentes disciplinas (Barg, 2006: 87).

Además de la importancia de que trabajen en conjunto diferentes profesionales en este tipo de intervención multidisciplinar e interdisciplinar también es un lugar donde se ponen en práctica y comparten diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Asimismo, para poder acercarse al paciente de una forma integradora y terapéutica, debe mantener una integración grupal, ser consciente de sus objetivos y dificultades y contemplar y formalizar actividades conjuntas (reuniones de equipo, análisis global, trabajo en conjunto, etc.).

La interdisciplinariedad desde una perspectiva biopsicosocial es definida por Tizón (1992) como el *“trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatría, psicólogo, enfermera, trabajador social...”* pero este mismo autor plantea cómo debe definirse una nueva organización de los roles profesionales en función de las necesidades y favoreciendo el intercambio de ideas entre los mismos. Cuando la unidad interna del equipo es efectiva, es normal que un miembro asuma técnicas de otro aunque no sean específicas de su profesión, sin que por ello se rompa la cohesión del equipo, se interfiera el rol de sus componentes y se sustituyan los objetivos del equipo. En el equipo interdisciplinar los profesionales socializan sus saberes e intercambian parte de sus prácticas de forma coordinada. De esta manera se puede conseguir una acción terapéutica global más coherente y se evita la proliferación de intervenciones profesionales más allá de lo necesario (Tizón, 1992: 90).

En conclusión, este enfoque de intervención en equipo bien estructurado y con un buen nivel de funcionamiento es la garantía absoluta de eficacia y se caracteriza por la existencia de espacios o lugares comunes para estudiar las situaciones y estrategias a seguir (Ramírez de Mingo, 1992: 90).

En cuanto a las funciones que el/la trabajador/a social va a desempeñar en el ámbito de la salud mental, diferenciaremos entre a qué nos referimos con funciones y qué es el rol profesional que desempeña.

Cuando hablamos de funciones, nos referirnos a las manifestaciones dispuestas desde la institución. En nuestro caso, no es lo más frecuente que la institución que contrata al trabajador social en el

ámbito de la salud mental defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, hemos sido los propios trabajadores sociales los que las hemos ido desarrollando en los diferentes servicios de salud mental, en un intento de definir nuestro espacio profesional. Y, en el caso de los roles, nos referimos a las expectativas latentes en cuanto a funciones, tareas, comportamientos y actitudes que existen en un grupo de trabajo (Garcés, 2010: 90).

Según Garcés (2010), los profesionales del trabajo social psiquiátrico desempeñan funciones de atención directa, preventiva y de cooperación:

Las *funciones de atención directa* tienen que ver con la atención a individuos, familias y grupos que presentan o pueden presentar problemas de índole social relacionados con su salud mental, y tienen como objetivo priorizar los propios recursos del paciente y de su familia. El proceso comienza con el análisis de la demanda y continúa con la valoración sociofamiliar, el diagnóstico social, la planificación de la intervención social (acompañamiento, entrevistas, seguimiento y evaluación, visitas domiciliarias, apoyo y contención a las familias, información sobre recursos comunitarios, derivación de usuarios/as, etc.) y la discusión del caso en el equipo multidisciplinar.

Las *funciones preventivas*, de promoción e inserción social, tienen como objetivo la adaptación del paciente al medio social y familiar utilizando recursos normalizados y específicos, así como la promoción de grupos de autoayuda, asociaciones familiares, etc.

La *función de coordinación* suele recaer sobre el profesional del trabajo social por ser experto en lo social y en las relaciones comunitarias, y requiere de un conocimiento exhaustivo de los soportes sociales y de los recursos comunitarios, de los que debe informar tanto a pacientes y familiares, como al resto del equipo. Su labor más habitual suele ser la de coordinar los servicios sociolaborales y orientar a pacientes y a sus familiares sobre los servicios psiquiátricos correspondientes.

*“A medida que disminuyen los apoyos sociales, se aumenta la prevalencia de problemas de salud mental”* (Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Eíols, 2010: 101). De ahí que, como mostraré en los siguientes casos, la intervención social sea fundamental: en rehabilitación psicosocial con pacientes con trastorno mental grave, con pacientes drogodependientes, con pacientes de unidades infanto-juveniles y con pacientes de psicogeriatría. Describiré brevemente cada una de las mismas siguiendo el orden establecido.

Los pacientes con trastorno mental grave (TMG), anteriormente denominados pacientes crónicos, padecen de una enfermedad psiquiátrica severa de duración prolongada. Estos pacientes tienen dificultades para afrontar las demandas del ambiente, para interactuar en sociedad y para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Padecen de una dependencia elevada de otras personas, así como de los servicios sociosanitarios. La rehabilitación psicosocial se lleva a cabo en diferentes áreas, ayudando a desarrollar una red básica que les permita buscar empleo, recuperar la autonomía perdida, etc. Veamos entonces, las funciones del/la trabajador/a social psiquiátrico en rehabilitación psicosocial (Goldaracena, 2018: 102):

- a) Atención social según demanda a pacientes no incluidos en programas de salud que presentan factor de riesgo social o problemática social.
- b) Atención social por programas a pacientes incluidos en los programas de salud.
- c) Coordinación institucional. La figura del trabajo social es clave ya que establece y mantiene el vínculo entre el resto del equipo de salud y comunidad.



- d) Educación sanitaria, para aportar la dimensión social a los problemas de salud. Es una intervención destacada para el trabajo social psiquiátrico muy relacionada con su dimensión de coordinación sociosanitaria, de atención a la familia, etc.
- e) Psicoeducación, instrumento terapéutico que produce consecuencias positivas (menos recaídas, menos hospitalización, etc.).
- f) Grupos de ayuda mutua, que posibilitan que se compartan necesidades y dificultades, se disminuyan las emociones negativas y el aislamiento, se creen relaciones de amistad y se restablezcan las redes sociales, etc.
- g) Atención a la familia, como elemento clave, por ser la principal proveedora de apoyo emocional, material y económico dentro de su red social.
- h) Docencia, formación continuada e investigación. Estar formado, formar e investigar sobre los factores y necesidades sociales que inciden en la enfermedad mental y la adecuación de los recursos son aspectos imprescindibles para el trabajo social psiquiátrico.

En cuanto a la intervención social con pacientes drogodependientes, la dimensión social es fundamental ya que son algunos aspectos sociales los que originan un gran impacto en el paciente, la familia y la sociedad (Martín, 2009: 109). Frente a todo ello, el trabajo social psiquiátrico realiza labores de mediación y acompañamiento. (Gutiérrez, 2007: 109). Estas son estrategias de prevención comunitaria que posibilitan el estudio de factores sociales relacionados con las drogodependencias, la identificación de ellas y la reducción de factores de riesgo del contexto social, la promoción de los factores de protección y el incremento de recursos psicosociales. Las funciones del trabajador social psiquiátrico son las de (Goldaracena, 2018: 110):

- a) Informar y asesorar sobre recursos sociales que se ajusten a las demandas y necesidades del paciente: manutención, empleo, etc.
- b) Intervenir con las familias: la dinámica familiar, el modelo de consumo y la conformación de actitudes.
- c) Intervenir en el ámbito educativo: evitar el fracaso o abandono de los estudios.
- d) Intervenir en el ámbito laboral.
- e) Asesorar y gestionar las ayudas económicas disponibles.
- f) Informar y gestionar el proceso administrativo del alojamiento.

En relación con la intervención con pacientes de unidades infanto-juveniles, la finalidad del trabajo social psiquiátrico es la de prevenir factores sociofamiliares de riesgo que inciden en la salud infantil, aumentar la calidad de vida de los menores, así como disminuir los factores sociales de riesgo que incidan en la salud infantil. Las funciones del trabajo social psiquiátrico son las siguientes (Goldaracena, 2018: 112):

- a) Función de promoción y prevención (informar, orientar, gestionar los recursos sociales y sanitarios, promocionar el trabajo en equipo, potenciar la creación y cuidado de las redes sociales, etc.).
- b) Funciones asistenciales respecto al paciente y su familia (acoger e informar a las familias el día del ingreso, elaborar la historia familiar y social del paciente, recabar información de las familias, realizar visitas domiciliarias, etc.).
- c) Funciones de formación y docencia.
- d) Funciones de coordinación interna (transmitir la información de forma estructurada a profesionales del centro a través de reuniones periódicas, correo electrónico, etc.).
- e) Funciones de coordinación externa (gestionar la coordinación con los centros de salud con las unidades de hospitalización parcial, con los servicios sociales de base y con los centros educativos).

Por último, respecto a la intervención social con pacientes de psicogeriatría, el/la trabajador/a social busca ofrecer apoyo social y comunitario al paciente y a su familia siendo sus funciones principales las siguientes (Goldaracena, 2018: 117):

- a) Garantizar el derecho del paciente a tomar decisiones de forma autónoma.
- b) Mediación y acompañamiento familiar.
- c) Gestión de recursos sociales del paciente y de la familia: residencias y centros de día, servicio de atención a domicilio, de teleasistencia, etc.
- d) Coordinación con otros profesionales de los servicios sociales de base, etc.
- e) Integración del paciente en su entorno social y comunitario.

### **3. ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL “2.A VÍA ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO”**

#### **3.1. DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD**

Para hacer el análisis de la información obtenida de la entidad he tenido en cuenta la página web, las memorias de 2019 y dos entrevistas a las profesionales de 2.a vía. Además de esta recogida de información, me he basado en analizar fuentes secundarias, como encuestas de satisfacción o estudios relacionados con el tema de la intervención, para poder tener una visión más amplia de todo lo descrito por las profesionales.

2.a vía Acompañamiento Terapéutico es una entidad sin ánimo de lucro del ámbito sociosanitario fundada por mujeres con el objetivo de conseguir la mayor autonomía de la población con la que trabaja, así como la mayor integración en la comunidad.

Este objetivo se lleva a cabo trabajando en la atención, detección, asesoramiento, tratamiento, acompañamiento terapéutico e inserción social de las personas con patologías y discapacidades físicas, psíquicas o mentales, que lleven asociada una problemática psicológica y/o social.

El perfil profesional que conforma esta entidad es la de un equipo interdisciplinar, especializado en salud mental, que trabaja con las personas en riesgo de exclusión y su entorno más próximo para promover su salud, su capacitación, su autonomía, su empoderamiento y su inclusión.

Desde hace más de diez años desarrolla su tarea de intervención sociosanitaria en el entorno comunitario. Mayormente, además de la formación y otros proyectos, se trabaja a través de dos programas: El Programa de Pisos y el Programa de Equipo de Apoyo Social Comunitario o E.A.S.C. cuyo objetivo es que la persona recupere o desarrolle las capacidades personales, relacionales y sociales necesarias para vivir de forma autónoma.

El proceso del acompañamiento se entiende como un proceso que impulsa la autonomía de la persona, a través del seguimiento profesional y personalizado y el fomento de la capacidad de desenvolverse por sí mismo en la comunidad. Se implementan recursos que le permitan avanzar en el desarrollo de itinerarios individualizados y se favorecen procesos de inclusión social.

#### **3.2. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN**

##### **- Sectorial**

Son personas diagnosticadas con trastorno mental grave de entre 18 y 65 años de edad, cuya discapacidad se encuentra entre el 50% y el 76%. Este colectivo de población se encuentra en riesgo de exclusión, con necesidad de un recurso residencial y un acompañamiento en la comunidad.

En la cooperativa se encuentran de manera frecuente los siguientes trastornos psicológicos, siendo en su mayoría patologías duales, pero sobre todo individuales y únicas:

- Esquizofrenia
- Depresión
- Trastorno afectivo bipolar
- Demencia

- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)
- Trastorno por estrés postraumático
- Fobia específica
- Juego patológico
- Dependencia
- Intoxicación por medicación

#### - Territorial

La entidad trabaja en el Sector Sanitario de Zaragoza III. Éste tiene una extensión superior a los 6.000 km<sup>2</sup> y es uno de los 8 existentes. Lo componen 116 municipios, de 9 comarcas diferentes con una población total de 306.000 habitantes, de los cuales 48.000 son inmigrantes. Corresponde a la zona noroccidental de la provincia de Zaragoza y el oeste de la ciudad de Zaragoza e incluye las zonas de Salud de Alagón, Borja, Cariñena, Casetas, Ejea de los Caballeros, Epila, Gallur, Herrera de los Navarros, La Almunia, María de Huerva, Sádaba, Sos del Rey Católico, Tarazona, Tauste y Utebo. También incluye las de Zaragoza de Bombarda, Delicias Norte, Delicias Sur, Miralbueno-Garrapinillos, Oliver, Universitas y Valdefierro.

### 3.3. ÁREAS Y SERVICIOS DE INTERVENCIÓN

El acompañamiento terapéutico supone un apoyo y sostén para personas con trastorno mental. Es un recurso psicosocial del ámbito de la salud mental, en el cual se trabaja a través del vínculo que se establece entre el acompañante terapéutico y la persona acompañada. El objetivo es restablecer los lazos con el ámbito social, para poder buscar recursos para relacionarse con los demás y consigo mismo.

- Pisos supervisados/protegidos/tutelados: Regulado por el Compromiso de Acuerdo de acción concertada de carácter múltiple. Los pisos supervisados son un recurso que proporciona, de manera temporal o indefinida, alojamiento, manutención, cuidado, apoyo y soporte personal y social y apoyo a la integración comunitaria.

Su objetivo es, mantener a las personas dentro de su entorno social y local, trabajando siempre en potenciar su autonomía personal. En ellos conviven de 2 a 4 personas por piso. Se trata de un alojamiento integrado en la comunidad donde viven de forma estable, recibiendo apoyo y supervisión flexible.

- EASC (Equipo de Apoyo Social Comunitario): Regulado por el Compromiso de Acuerdo de acción concertada de carácter múltiple. Los EASC son equipos multiprofesionales, asertivos, ágiles y prácticos, estrechamente coordinados con los Servicios de Salud Mental y Sociales, capaz de proporcionar atención domiciliaria y apoyo social en su entorno, evitando situaciones de marginalidad, deterioro progresivo o institucionalización.

- Acompañamiento Terapéutico: Es un recurso psicosocial del ámbito de la salud mental, en el que se trabaja a través del vínculo que se establece entre el/la acompañante y la persona acompañada.

El objetivo es restablecer los lazos con el ámbito social, y así buscar recursos para relacionarse con los demás y consigo mismo. Se trabaja con las personas en su propio entorno, en función de sus necesidades individuales y complementando a otros dispositivos sanitarios o sociales que las atienden.

- Programa de Formación-Supervisión: Se organiza y se participa en espacios de formación y supervisión, reuniones científicas, jornadas, etc., para mejorar la efectividad y calidad del trabajo, proporcionar a las y los profesionales el cuidado psicosocial necesario y divulgar el Acompañamiento Terapéutico, junto con otras disciplinas y herramientas que fomenten la atención socio-comunitaria en la salud mental.

- Programa de Atención a Niños, Adolescentes y Familias: Programa realizado en colaboración con INAEM, Ayuntamiento de Zaragoza y el Fondo Social Europeo. Los destinatarios de este programa son niños, adolescentes y familias que sufran problemáticas de índole emocional, de aprendizaje y psicosocial.

Su objetivo es la detección precoz, prevención y el tratamiento de las problemáticas emocionales, afectivas y familiares, que dificultan la inclusión social y el bienestar emocional de la población infanto-juvenil y las familias. La vía de ingreso puede realizarse a través de demanda o propuesta de la propia familia, de entidades educativas, sociales o de salud que trabajan en este ámbito.

- Programa de Trabajo Con Familias: Está destinado a la atención de los familiares de las personas con trastorno mental grave, familias con problemas de convivencia y madres y padres con dificultades en el ejercicio de sus funciones parentales.

El objetivo es facilitar una vía de comunicación que disminuya el malestar y el sufrimiento familiar, a través del trabajo de un mediador y facilitador en la resolución de conflictos. Con este programa se presentan herramientas que les permitan solventar con mayor facilidad los conflictos que se originan en el ámbito familiar y establecer relaciones afectivas positivas donde las personas se sientan reconocidas y valoradas.

### **3.4. FUNCIONES QUE DESARROLLA EL/LA PROFESIONAL EN SALUD MENTAL**

2.a vía Acompañamiento Terapéutico, Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social, trabaja para la atención de personas con trastorno mental grave (TMG), tratando de conseguir la mayor autonomía de la población con la que trabaja, así como la mayor integración en la comunidad.

Algunos de los objetivos son la detección, asesoramiento, asistencia, tratamiento, acompañamiento terapéutico e inserción social de personas con patologías y discapacidades físicas, psíquicas o mentales, que lleven asociada una problemática psicológica y/o social.

El/la acompañante terapéutico es un profesional especializado que trabaja para una intervención terapéutica desde el ámbito sociocomunitario, con el propio paciente y sus condicionantes. Para conseguir restablecer lazos, el/la acompañante terapéutica se desplaza al círculo de la persona atendida, acompañándole en su día a día.

Para garantizar una intervención terapéutica efectiva y adecuada a las características de la persona, el/la acompañante terapéutico se coordina con distintos profesionales de las disciplinas que intervienen en el caso a la vez que trabaja con la familia.

La forma de estar del acompañante, su formación técnica, su escucha clínica y su manera particular de vincular hacen que, a través de las actividades de la vida cotidiana, el acompañante resulte terapéutico.

## **4. INTERVENCIÓN: PROGRAMA DE PISOS SUPERVISADOS**

### **4.1. DESCRIPCIÓN Y FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN**

La intervención que he escogido de entre todos los servicios y programas que ofrece 2.a vía ha sido los “Pisos supervisados para personas en riesgo de exclusión”. Estos pisos, han sido diseñados como medios de apoyo residenciales destinados a personas con enfermedad mental crónica que cuentan con un mínimo nivel de autonomía personal y social, pero que requieren un apoyo residencial sin necesidad de supervisión las veinticuatro horas. Por ello, estos pisos supervisados constituyen un recurso residencial comunitario organizado en pisos normalizados insertos en el entorno social.

El Programa de Pisos de la Entidad está suscrito al Acuerdo de Atención Concertada para la Rehabilitación e Inserción Psicosocial y Laboral de los pacientes con TMG en la Comunidad Autónoma de Aragón, AC/02/2017.

En la intervención del programa se llevan a cabo diferentes actividades orientadas a ayudar una integración social, una permanencia y una participación activa en la vida social de personas con TMG, a través de la supervisión de necesidades básicas de la vida cotidiana, como son la vivienda, la alimentación, los cuidados básicos (higiene, autocuidado, organización cotidiana...), gestiones externas, relaciones y necesidades sociales, así como programas de atención y rehabilitación social trabajando en estrecha coordinación con otros quipos de referencia, tales como unidades de salud mental o de rehabilitación psicosocial, atención primaria, servicios sociales comunitarios, etc., así como la importancia de las familias, que constituyen un instrumento imprescindible en los procesos de transición hacia la vida autónoma.

Con lo anteriormente descrito, se pretende promover la salud mental comunitaria generando herramientas que contribuyan a la integración sociocomunitaria de los/las usuarios/as, facilitando y supervisando el contacto, así como el uso de los recursos existentes en el entorno, de acuerdo al principio de normalización y dentro de los objetivos planteados en cada plan individualizado y en colaboración y coordinación con los diferentes servicios que trabajan las personas.

Por ello, disponer de una vivienda digna y estable constituye una necesidad básica y esencial de cualquier ser humano. Un piso supervisado, es un hogar en el que conviven algunas personas, autosuficientes y en un régimen parcialmente autogestionado, constituyendo un recurso cuya finalidad sea mantener a las personas dentro de su entorno social y local. Estas viviendas son convencionales y reúnen las condiciones de capacidad y habitabilidad necesarias, ya que cuentan con unos servicios mínimos que garantizan la calidad de vida de las personas con TMG.

Estos pisos, poseen una organización interna de tareas comunes, flexible y una asistencia integral, entendiendo como tal, los apoyos necesarios para cubrir las necesidades de las personas, sin olvidar que la finalidad es potenciar la autonomía individual.

### **4.2. PERSONAS USUARIAS DE LA INTERVENCIÓN**

La población a la que va dirigido este programa son las personas con TMG que han necesitado con urgencia un lugar donde vivir por motivos diversos: ya puede ser que la permanencia en el núcleo familiar suponía

un riesgo de desestabilización; la persona enferma no disponía de un lugar donde vivir; finalizó su plazo de máxima permanencia en una institución, etc.

Además, esta población se encuentra en situación de riesgo de exclusión, con necesidad de un recurso residencial y un acompañamiento en la comunidad. Son personas con escasos recursos económicos, y sus ingresos dependen de una pensión no contributiva, de orfandad, prestación por hijo a cargo o de incapacidad, por lo que el acceso a una vivienda normalizada resulta difícil de llevar a cabo.

La derivación al Programa se ha realizado a través de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación del Sector Sanitario III.

La mayoría de los/las usuarios/as del programa de pisos supervisados tienen una sentencia de incapacitación, en algunos casos asumida por la familia, pero en la mayoría por la D.G.A., a través de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos de la Comunidad Autónoma de Aragón, debido a la problemática presentada en la gestión de recursos o en su propio proyecto vital.

Un requisito que deben de tener las personas usuarias para acceder a la vivienda, es no haber tenido crisis psicopatológicas que hayan requerido ingreso en UCE durante un período mínimo de seis meses y, aunque pueda persistir sintomatología, que ésta no interfiera notablemente en el funcionamiento cotidiano.

También, la persona que accede al Programa, tiene que presentar cierta conciencia de su enfermedad, aceptación y, preferentemente, que sea capaz de hacer una toma autónoma de psicofármacos y otras medicaciones si las ha precisado. En caso necesario, se ha aceptado la supervisión necesaria al respecto.

De la misma forma, se tiene en cuenta que el deterioro cognitivo no sea grave, puesto que interferiría en su capacidad de llevar una vida más autónoma y en la capacidad de aprender estrategias para el funcionamiento cotidiano.

Estas personas con enfermedades mentales graves y crónicas presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad.

#### **4.3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN**

2.a vía Acompañamiento Terapéutico tiene tres objetivos generales para el programa de Pisos supervisados para personas en riesgo de exclusión:

1. *Prevenir la exclusión de personas con enfermedad mental grave, logrando la máxima inserción comunitaria y social.*
2. *Dotar de un lugar de residencia temporal a los/las usuarios/as de Pisos supervisados.*
3. *Fomentar la autonomía e inclusión en los/las usuarios/as.*

En cuanto a los objetivos específicos se encuentran:

- *Prevenir desestabilizaciones por permanecer en un medio inadecuado.*
- *Prevenir un retroceso en la autonomía ocasionado por la excesiva permanencia en la Institución.*
- *Establecer un vínculo terapéutico entre las personas usuarias y profesionales del equipo especializado en Vivienda y Salud Mental de 2.a vía.*
- *Evaluar capacidades y necesidades en el domicilio y el entorno sociocomunitario.*
- *Mantener la adherencia al tratamiento rehabilitador y farmacológico por parte de los/las usuarios/as.*
- *Garantizar la mejora de la calidad de vida favoreciendo el autocuidado de las personas atendidas, mejorando el desempeño psicosocial.*
- *Favorecer el entrenamiento de habilidades sociales para la mejora de la convivencia.*
- *Elaborar un Plan Individualizado de Atención/ P.I.A. (ANEXO IV) para cada persona usuaria.*
- *Ejecutar las intervenciones propuestas en el PIA.*
- *Valorar conjuntamente con el equipo profesional, la alternativa residencial más idónea para cada persona, para fomentar su inserción y autonomía.*
- *Llevar a cabo la capacitación y preparación necesaria para la futura alternativa residencial.*

En lo referente a la metodología, el trabajo ha partido de la realidad específica en la que se encuentra cada vivienda, su entorno social, cultural y geográfico, así como de las realidades particulares de sus usuarios/as, para dar respuesta a sus expectativas, facilitando la integración del colectivo en el tejido social y cultural en la que están situadas las viviendas.

La dinámica de los pisos, ha partido de unas normas mínimas de convivencia y planificación, enfatizando dar un papel esencial a la autonomía y la capacidad propia de cada persona, desarrollando habilidades y actitudes como la autogestión, el control, la exigencia, la responsabilidad, las capacidades de rectificar, la independencia, etc.

La intervención se ha centrado en diferentes áreas:

#### Área asistencial y psicopatológica:

##### - Objetivos:

- Observar, detectar y realizar un seguimiento de las problemáticas de la salud de los/las usuarios/as.
- Establecer y protocolizar las relaciones con el Sistema de Salud.

##### - Intervenciones:

- Conocimiento de los diagnósticos y tratamientos de los diferentes usuarios/as.
- Seguimiento y comprobación de las visitas médicas, acompañamiento y supervisión de almacenamiento de medicamentos de las personas usuarias.
- Acompañamiento y apoyo en ingresos y covalencias.
- Llevar a cabo la coordinación con el Salud, informes y contactos.

#### Área de autonomía personal y domestica:

##### - Objetivos:

- Realizar la supervisión de los diferentes domicilios de las personas usuarias.



- Organizar y protocolizar esta área.
- Desarrollar actividades en la Comunidad.

- Intervenciones:

- Desarrollo de actividades en el domicilio: Acondicionamiento del espacio; observación y atención a cuestiones relacionadas con la limpieza e higiene (ropas, cambio de sábanas, toallas, etc.); compras de alimentos; elaboración de menús y dietas; seguimiento y control de visitas médicas, medicación, etc.
- Desarrollo de actividades en la Comunidad en relación a lo doméstico: habilitación en el manejo del transporte; compras; ocio; tiempo libre, etc.

Área de convivencia y relaciones familiares:

- Objetivos:

- Realizar el seguimiento y apoyo de las relaciones de los/las usuarios/as con su grupo familiar.
- Sostener un vínculo de independencia respecto al grupo familiar, regulando su interferencia y facilitando una relación más adecuada.

- Intervenciones:

- Entrevistas con el grupo familiar.
- Coordinación telefónica.

Área ocupacional, inserción comunitaria y nuevos proyectos:

- Objetivos:

- Desarrollar tanto a nivel individual y grupal los aspectos ocupacionales y de inserción comunitaria.
- Integrar apoyos para la red social.

- Intervenciones:

- Búsqueda de intereses y motivación.
- Acompañamiento a recursos y servicios del entorno (centros cívicos, establecimientos, opciones culturales de la ciudad, etc.).
- Facilitar la información de grupos o asociaciones acordes a los intereses de la persona.

## **1. Supervisión de domicilios**

En los diferentes domicilios se ha llevado a cabo una supervisión y evaluación conjunta entre la persona de referencia de cada domicilio, miembro del equipo y las personas que conviven en el mismo:

- Control de la toma de medicación, haciendo partícipe a la persona de su tratamiento, anotando los cambios en las pautas. Cada cuatro meses se realiza una supervisión de un buen consumo por posible almacenamiento.
- Supervisión y mantenimiento del buen estado de la vivienda: revisión de instalaciones, atención a los desperfectos, valoración de las posibles mejoras a realizar motivando a que expresen sus gustos e interés, etc.
- Revisión de la planificación y organización económica y compras.

- Inspección de alimentación, recomendaciones de dietas y menús saludables y preparaciones de comida si es necesario.
- Supervisión de limpieza. Revisión de los armarios cuatro veces al año (coincidiendo con los cambios de temporada), en el cambio de sábanas y toallas y limpieza de frigorífico y descongelación.
- Registro de las tareas semanales y mensuales en calendario.
- Supervisión de las relaciones de los/las usuarios/as con el vecindario.

## **2. Acompañamientos individuales**

Trabajando desde lo cotidiano y con el objetivo de conseguir la mayor autonomía posible de las personas con TMG, se han llevado a cabo actuaciones en áreas que abarcan la globalidad de la persona: área asistencial, área referente a la psicopatología, área relacionada con la convivencia y relaciones familiares, área de economía, área de autonomía personal y doméstica y área relacionada con el entorno comunitario y ocio.

Este acompañamiento individual se ha desarrollado con una frecuencia mínima de una vez por semana, siendo flexible y ampliable según las necesidades que han ido surgiendo.

Se ha trabajado desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, destacado la situación de los ciudadanos con diversas dificultades que exigen acciones multidisciplinares y coordinadas, con orientación rehabilitadora y de recuperación.

Los equipos multidisciplinares constituyen el soporte básico del modelo comunitario de atención. Es necesaria la integración funcional de todas las redes sanitarias públicas que tratan a la persona. El principal objetivo de la coordinación ha sido mantener la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y mensajes y lograr que el sistema funcione de forma eficaz.

Para llevar a cabo la intervención en las diferentes áreas de la vida cotidiana, se ha contado con un Plan Individualizado de Atención (PIA). Esto es, un documento elaborado por la trabajadora social del centro que recoge una serie de actividades y se indica la prestación más adecuada para la persona usuaria. Este informe se diseña de manera individual para cada perfil según su necesidad, el cual ayuda a reconocer los déficit y buscar las herramientas necesarias para la mejora trabajando las habilidades de la vida cotidiana (auto-cuidados, autonomía personal, etc.), el manejo de situaciones de estrés (auto-control, falta de competencia personal, etc.), relaciones interpersonales, integración comunitaria, funcionamiento cognitivo y ocio y tiempo libre.

Es la trabajadora social la que se encarga también de conocer a los nuevos/as usuarios/as, informarles adecuadamente del programa y preparar con ellos/as el resto de la documentación necesaria para entrar en el programa. Esto es, el informe de valoración o informe de recogida de datos, que consta de la historia del paciente y los informes actualizados de los distintos profesionales que le atienden (trabajadora social, psiquiatra, psicólogo, etc.).

Por parte de la persona usuaria y la familia y/o representante legal tienen que facilitarles a la trabajadora social una fotocopia del DNI; fotocopia de la tarjeta sanitaria; Certificado de Minusvalía, si se posee; sentencia de incapacitación civil, si se posee; información sobre multas, embargos, deudas, etc. que modifiquen temporalmente los ingresos percibidos; ingresos económicos (pensión, subsidio, etc.);

certificado actualizado de renta; otra documentación que se considere útil para el programa de Pisos Supervisados de acuerdo a la situación de cada usuario/a.

Una vez, se reúna toda la documentación anterior y se cree el PIA, se firma el Consentimiento Informado, que también fue firmado por su representante legal si se encontraban incapacitados legalmente; la Protección de Datos Personales; el contrato terapéutico y de estancia, además de una carta de derechos y deberes por parte de las personas usuarias y de 2.a vía Acompañamiento Terapéutico.

En cuanto al seguimiento de las personas usuarias, las monitoras se encargan de ir mínimo una vez por semana a los diferentes pisos para hacer el seguimiento de cada uno de ellos y realizar un plan para mejorar su autonomía e independencia. También se realizan actividades con ellos: paseos, acompañamiento para ir a hacer la compra, para ir al médico, etc. También, cualquier gasto que tengan que hacer (por ejemplo, en ropa), los/las usuarios/as se lo comunican a las monitoras y se les acompaña a realizar las diferentes compras y el respectivo ticket de la compra se lo envían los trabajadores a la DGA para justificar el pago.

Además, los/las usuarios/as acuden una vez por semana al centro de 2ª vía a hablar sobre su situación o estancia en la entidad y en el piso y a suministrarle la medicación y el dinero semanal.

También se ha llevado a cabo el seguimiento y apoyo de la relación de los/las usuarios/as con su grupo familiar. Esto se debe a que se considera importante mantener los lazos de independencia relacionados con el grupo familiar, ajustando sus intervenciones y promoviendo las relaciones más adecuadas.

Finalmente, la durabilidad de un/a usuario/a en el programa de pisos supervisados es hasta que cumple los 65 años de edad, dando por hecho que posteriormente, la persona va a ingresar en una residencia.

Los pisos supervisados han tenido como característica principal ofrecer un apoyo flexible, individualizado y continuado. Flexible, porque las necesidades y demandas varían el tiempo y por tanto, es necesaria la capacidad de adaptarse a las diferentes situaciones de cada domicilio. Individualizado, porque cada usuario/a tiene un rasgo único y requiere un apoyo ajustado a sus problemáticas, posibilidades y circunstancias. Y continuado, porque para asegurar el buen funcionamiento del piso y su eficacia como recurso de apoyo residencial y rehabilitador, se requiere que exista una referencia de apoyo capaz de responder distintamente a las diferentes circunstancias y necesidades del piso como una unidad de convivencia y de cada usuario/a particularmente.

En relación a un correcto uso del tiempo libre, se ha trabajado para ayudar a reconocer y satisfacer al máximo las aficiones, acompañando y mostrando nuevos recursos y ampliando las relaciones sociales. Con el fin de garantizar un uso correcto de los recursos y crear un buen clima de convivencia entre los residentes, los cuales han aceptado una serie de normas compartidas, sujetas a modificaciones si es necesario.

En todo momento el trabajo se ha realizado en equipo, estableciendo reuniones semanales entre todos los miembros del equipo profesional. El objetivo de estas reuniones de equipo es brindar a cada

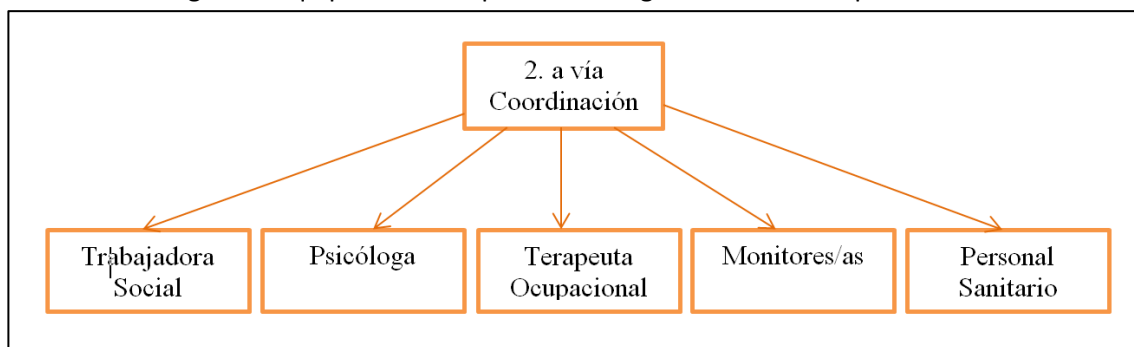
persona usuaria una atención integral, personalizada y de calidad, a través de acciones diferenciadas que se adapten a las necesidades de cada persona usuaria.

#### 4.4. RECURSOS UTILIZADOS EN LA INTERVENCIÓN

##### Recursos humanos

El equipo multidisciplinar del Programa de Pisos Supervisados, está formado por:

Figura 1. Equipo multidisciplinar del Programa de Pisos Supervisados



*Fuente: Elaboración propia con los datos de 2.ª vía Acompañamiento Terapéutico.*

##### Monitores/as:

- Tarea específica: supervisión del piso en todo lo referente a lo doméstico.
- Desarrollo de actividades en el domicilio.
- Supervisión y apoyo en la promoción de la higiene y limpieza.
- Control y seguimiento de los productos de limpieza en el hogar.
- Desarrollo de actividades en la comunidad.
- Colaboración en la administración económica del usuario. Planificación de gastos habituales y gestión en ocasiones del dinero.
- Coordinación con los distintos dispositivos en los que está inserta la persona.
- Colaboración en la atención y seguimiento del grupo familiar.

##### Terapeuta ocupacional:

- Acompañamiento terapéutico según PIA establecido.
- Elaboración y cumplimiento de fichas e informes.
- Estudio de la actividad ocupacional de los/las usuarios/as.
- Elaboración del plan de actividades ocupacionales del usuario/a.
- Desarrollo del plan de actividades en colaboración con el resto del equipo: indicación de líneas de trabajo, etc.
- Colaboración en la atención y seguimiento del grupo familiar.

##### Trabajadora Social:

- Acompañamiento terapéutico según lo establecido.
- Estudio de los recursos sociales, documentación, economía, etc. de los usuarios/as.

- Actualización de la documentación del usuario/a: tarjeta sanitaria, empadronamiento, DNI, tarjetas de pensionista, certificados de minusvalía, etc.
- Colaboración en la planificación económica de los recursos propios de cada persona usuaria.
- Seguimiento y control de la economía doméstica de los pisos.
- Desarrollo de actividades necesarias, en colaboración con el resto del equipo: asesoramiento, indicadores, etc.
- Coordinación con otros dispositivos en los que participan los usuarios/as (Servicio de Tutelas, Servicios Sociales, etc.).
- Colaboración en la atención y seguimiento del grupo familiar.

En equipo:

- Recepción y acogida de los/las usuarios/as del Programa de Pisos Supervisados.
- Elaboración del Programa Individualizado de Atención y Seguimiento.
- Establecimiento de vinculación con los/las usuarios/as a nivel individual.
- Coordinación con otros recursos.
- Apoyo a los centros y profesionales que realizan actividades con los/las usuarios/as.
- Evaluación del cumplimiento de los objetivos del programa.
- Evaluación del cumplimiento de los objetivos de cada PIA.
- Programación de proyectos y actividades concretas.
- Elaboración de informes.

#### **Recursos materiales**

- Teléfonos móviles.
- Medios de transporte.
- Material fungible de oficina.
- Ordenadores, internet e impresoras.
- Equipamiento y mantenimiento de la vivienda.
- Centro sociosanitario (domicilio social de 2.a vía).
- Recursos de la comunidad.

#### **4.5. PROPUESTAS DE MEJORA DE LA INTERVENCIÓN DESCRITA**

Garantizar el acceso de la inserción laboral a las personas usuarias del programa con recursos efectivos de apoyo que promuevan su autonomía en el ámbito del empleo y económico.

Algunos de los/las usuarios/as del programa de pisos supervisados nunca se han insertado laboralmente, así que una buena forma para llegar a cumplir esta autonomía laboral es realizar diferentes cursos que ayuden a su formación y capacitación para que posteriormente puedan lograr una inserción laboral, y así, más adelante, alcanzar una autonomía económica.

Otras de las propuestas que se plantea es garantizar la continuidad del programa a las personas mayores de 65 años de edad que se encuentren lo suficientemente bien para seguir formando parte del programa, en vez de desampararla en busca de una residencia.

Esto podría medirse con una evaluación clínica, hábitos de salud y nivel de autonomía de la persona usuaria.

## 5. CONCLUSIONES

La realización del trabajo “Sistematización de una Intervención Social en Salud Mental desde el Tercer Sector” me ha llevado a las siguientes conclusiones.

Para empezar quiero destacar que no se puede entender la enfermedad mental sólo como la ausencia de salud mental, sino que, hay que tener en cuenta otros factores condicionantes como son la familia y el entorno social. Por ello, el trabajo social desde el tercer sector es una profesión capacitada dentro de las intervenciones en salud mental para abordar estas dimensiones puesto que es importante no perder los lazos con todo aquello que forma parte de su día a día y que puede ser un apoyo dentro del proceso de intervención recalcando que la no intervención social repercutirá de manera directa en la persona afectada pero también en su entorno.

Asimismo, el profesional debe estudiar todo lo que conlleva la dimensión social (relacional, ambiental, cultural, etc.) y a su vez, observar las dimensiones biológicas y psicológicas, garantizando la continuidad de los ciudadanos y facilitando el acceso a los recursos para la autonomía de la persona.

Puede parecer, desde un punto de vista social, que se ha avanzado hacia una comprensión más realista y humana de la enfermedad, pero por desgracia y realidad, es que los estereotipos sociales respecto al enfermo mental han cambiado poco en los últimos años.

Por este motivo, se han recalcado también el rol y las funciones del trabajo social en el ámbito de la salud mental desde las entidades del tercer sector. La importancia de la información, orientación y educación de la opinión pública, como concienciarse de las necesidades sociales necesarias para evitar los prejuicios y estigma social asociados al colectivo y favoreciendo así su integración social.

El tercer sector cobra una especial importancia en la atención directa, preventiva y de cooperación a las personas con enfermedad mental, ya que la población atribuye a la familia un gran valor y confianza siendo las asociaciones la vía de atención elegida para el cuidado de las personas con enfermedad mental.

La asociación de 2.a vía Acompañamiento Terapéutico se ha acercado a la realidad de estas personas con enfermedad mental al resto de ciudadanos, facilitando a través del contacto y acercamiento, desmontar todo este tipo de barreras y discriminaciones sociales que puedan causar en torno a la salud mental. Esta entidad trabaja con personas con trastorno mental grave con la finalidad de conseguir la mayor autonomía de estos, así como la mayor integración dentro de la comunidad y sociedad que le rodea.

Para reafirmar mis conclusiones haré referencia al programa de *“Pisos supervisados para personas en riesgo de exclusión”*. La entidad de 2.a vía cuenta con una dilatada experiencia, por lo que se ha garantizado el buen desarrollo de este programa.

Acompañar e intervenir con las personas usuarias a través del programa, tratando de vivir de la forma más autónoma posible en la sociedad, ha supuesto que las actividades y acciones que se han llevado a cabo en el entorno, hayan promovido espacios de encuentro, de inclusión y de participación social. Se ha acercado la realidad de las personas enfermas mentales al resto de ciudadanos facilitando así el contacto y acercamiento, a la vez que desmontando los estereotipos y prejuicios sociales en torno a la salud mental. Asimismo, esta intervención ha proporcionado a personas con enfermedad mental en riesgo de exclusión los medios normalizados para que, en el mayor grado posible, alcancen su desarrollo pleno como personas y ciudadanos/as integrantes dentro de la sociedad.

Esta intervención no se podría haber llevado a cabo gracias al equipo multidisciplinar que conforma el programa de la entidad, ya que, si algo caracteriza el funcionamiento de la salud mental en su intervención en equipo. Se ha de ofrecer en todo momento de la intervención una integración y coherencia, puesto que, de lo contrario, son imposibles actuaciones eficiente y de calidad.

Para finalizar me gustaría decir que considero que el trabajo social es una profesión de mucha importancia no sólo porque trabaja con personas, sino porque lucha por la igualdad y porque todas las personas tengan sus necesidades básicas cubiertas facilitándose esta cobertura desde las funciones ofrecidas que puede proporcionar el tercer sector.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 2a vía Acompañamiento Terapéutico (2021). *Acompañamiento Terapéutico*. <http://2avia.org/>
- 2 vía Acompañamiento Terapéutico. (2019). *Memoria 2019*. <https://2avia.org/wp-content/uploads/2020/02/MemoriaWeb2019.pdf>
- Becerra, R. M., y Kennel, B. L. (2014). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Espacio Editorial.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Consejo General de Colegios de Trabajo Social (2009). Código deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. [https://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)
- Fernández, J. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental, *Revista de Treball Social*, vol. 145, pp. 48-58
- Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental. (2021) *Quiénes somos: Entidades*. <https://www.fadesaludmental.es/quienes-somos/entidades.html>
- Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.
- Garcés Trullenque, E. M. (2015). El rol del trabajador social en salud mental. En M, Miranda (Ed.), *Lo social en la salud mental, Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 83-96). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Goldaracena, F. (2018). *Trabajo social psiquiátrico: reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Nau Llibres.
- Herrera Gómez, M. (1998). La especificidad organizativa del tercer sector: tipos y dinámicas. *Revista de sociología*, 163-196.
- Lavín, C. G., y García, R. Z. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Ediciones Eunate.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de abril de 1986.
- Lluch, E., Pando, V. C., de Madrid, D. D. H. P., y de Asturias, P. (1986). Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, abril 1985. *Papeles del psicólogo*, 26(7).
- Ministerio de Sanidad. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miranda Aranda, M. (2015). Lo social en la salud mental (I): trabajo social en psiquiatría. *Lo social en la salud mental (I)*, 1-354.



Oliván, C., y Ruiz, J. M. (2003). El tercer sector en Aragón. Un análisis sociológico. Zaragoza: Consejo Económico y Social de Aragón.  
[https://www.aragon.es/documents/20127/674325/TERCER\\_SECTOR\\_ARAGON.pdf/b76ed274-99ba-2885-c4b3-2c2fb09ba11b#:~:text=Esta%20fuente%20proporciona%20un%20n%C3%BAmero,de%20nuestro%20estudio%20\(7.934\).](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/TERCER_SECTOR_ARAGON.pdf/b76ed274-99ba-2885-c4b3-2c2fb09ba11b#:~:text=Esta%20fuente%20proporciona%20un%20n%C3%BAmero,de%20nuestro%20estudio%20(7.934).)

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 16 de septiembre de 2006, núm. 22.

Rey García, M. (1999). El Tercer Sector en España: estrategias ante una encrucijada de crecimiento.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2000). El sector no lucrativo en España. *Economistas*, 18(83), 63-78

Sobrino, T., y González, A. R. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Síntesis.